

Кейсы | Высшее образование | Пульмонология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Пульмонология | Записей: 2

Пульмонология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Пульмонология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка 48 лет, обратилась к пульмонологу.

1.2. Жалобы

Приступы удушья под воздействием резких запахов (лак для волос, духи), физической нагрузки (быстрая ходьба), ночные приступы кашля и удушья еженедельно.

1.3. Анамнез заболевания

Больна в течение 2-х лет, когда после перенесенной ОРВИ стали рецидивировать приступы кашля и удушья. При обращении к терапевту поликлиники была назначена терапия бекламетазоном, при приступах рекомендовано применение сальбутамола. Лечилась амбулаторно, использовала ингаляции сальбутамола при приступах с эффектом, другие рекомендованные препараты (бекламетазон) не применяла. Приступы удушья беспокоили 2-3 раза в неделю, в том числе по ночам. Ухудшение самочувствия в виде учащения ночных приступов удушья под утро 3 – 4 раза в неделю отмечает в течение месяца после приобретения новой мебели, стала ощущать одышку при физической нагрузке.

1.4. Анамнез жизни

- * Росла и развивалась, не отставая от сверстников.
- * Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, хронический гастрит. Около 5 лет – аллергический ринит.
- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Работает воспитателем в детском саду
- * Наследственность: мать больной страдает аллергическим ринитом
- * Гинекологический анамнез: страдает дисфункцией яичников, было 2 беременности, имеет двоих детей (дети здоровы).
- * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, чистые. Лимфатические узлы не пальпируются. Перкуторный звук ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, выдох несколько удлинен, при форсированном дыхании – высокотембровые свистящие хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин., АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Отеков нет.

1. План обследования

1. Вопрос

К инструментальным исследованиям, целесообразным для оценки дыхательных расстройств и постановки диагноза в амбулаторных условиях, относят

1. исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

2. спирометрию с бронходилатационным тестом

3. пикфлоуметрию утром и вечером

4. фибробронхоскопию

5. электрокардиографию

6. УЗИ органов брюшной полости

Правильные ответы: исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO); спирометрию с бронходилатационным тестом; пикфлоуметрию утром и вечером

В качестве одного из маркеров аллергического воспаления при БА рекомендуется исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

У всех пациентов с подозрением на БА рекомендуется использовать спирометрию в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей. Всем пациентам с БА рекомендуется выполнять бронходилатационный тест для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

У пациентов с типичными респираторными симптомами выявление повышенной средней суточной вариабельности ПСВ ($>10\%$ у взрослых и $>13\%$ у детей) подтверждает диагноз БА.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

3. Результаты инструментальных методов исследований

3.1. Спирометрия с бронходилатационным тестом

показатель	Результат %	После ингаляции сальбутамола %
ФЖЕЛ	80	93
ОФВ1	72	90
ОФВ1/ФЖЕЛ	80	
МОС 25	68	80
МОС 50	64	82
МОС 75	62	83

3.2. Пикфлоуметрия утром и вечером

ПСВ составляет 50% должной в вечернее время, утром отмечается снижение более, чем на 15%, что подтверждает наличие вариабельности ПСВ

3.3. Исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

28ppb (норма <25 ppb)

3.5. Фибробронхоскопия

Эндобронхит 1 ст.

3.6. УЗИ органов брюшной полости

Патологии не выявлено

2. Вопрос

К целесообразным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

1. фибриноген

2. развернутый общий анализ крови

3. бактериологическое исследование мокроты

4. биохимический анализ крови

5. общий анализ мокроты

Правильные ответы: развернутый общий анализ крови; общий анализ мокроты

Эозинофилия крови и мокроты является фактором риска развития обострений и необратимой бронхиальной обструкции при БА.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

Повышение эозинофилов в индуцированной мокроте $\geq 3\%$ наиболее часто рассматривается как критерий эозинофильного воспаления дыхательных путей.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

5. Результаты лабораторных методов обследования

5.1. Развернутый общий анализ крови

Наименование (ед.изм.)	Нормы	08.10.19
Гемоглобин, г/л	120,0 - 140,0	122
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	41
Лейкоциты, $10 \times 9/л$	4,00 - 9,00	7,5
Эритроциты, $10 \times 12/л$	4,00 - 5,70	4,2
Тромбоциты, $10 \times 9/л$	150,0 - 320,0	205,0
Эозинофилы, %	1 - 5	6
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1 - 6	4
Нейтрофилы сегментоядерные %	47 - 72	71
Лимфоциты, %	19 - 37	18

Наименование (ед.изм.)	Нормы	08.10.19
Моноциты, %	2 - 10	1
Базофилы,%	0 - 1	0
СОЭ , мм/ч	2 - 15	10

5.2. Общий анализ мокроты

количество	Скудная
цвет	Желтый
консистенция	Вязкая
характер	Слизистая
примеси	Отсутствуют
лейкоциты	10-20 в поле зрения
эритроциты	не обнаружены
эозинофилы	8 – 10 в поле зрения
атипичные клетки	не обнаружены
плоский эпителий	не обнаружен
альвеолярный эпителий	не обнаружен
эластичные волокна	Отсутствуют
Спираль Куршмана	Обнаружены
Кристаллы Шарко-Лейдена	Обнаружены
Другие микроорганизмы	Нет
Кислотоустойчивые микобактерии	Отсутствуют

2. Диагноз

3. Вопрос

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

1. Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. Синдром бронхиальной гиперреактивности
2. Бронхиальная астма смешанного генеза, легкая персистирующая, неконтролируемая, в стадии легкого обострения

3. Аллергическая бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, неконтролируемая, среднетяжелое обострение

4. Неаллергическая бронхиальная астма легкое персистирующее течение, неконтролируемая, легкое обострение

Правильный ответ: Аллергическая бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, неконтролируемая, среднетяжелое обострение

Диагноз астмы подтверждается рецидивированием приступов удушья, обратимой бронхообструкции, наличием гиперреактивности бронхов, наличием аллергического ринита в анамнезе, эозинофилией крови, мокроты, повышением FENO. Степень тяжести оценена по частоте дневных приступов (чаще раза в неделю) и ночных приступов (чаще 2 раз в месяц). Тяжесть обострения оценена по клиническим признакам, наличию ночных приступов, показателю ПСВ (50% должного), ОФВ1 (72% должного).

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

(2)

7. Диагноз

7.1. Аллергическая бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, неконтролируемая, среднетяжелое обострение

4. Вопрос

Для оценки контроля БА рекомендуется использовать

1. АСТ тест

2. бронходилатационный тест

3. САТ тест

4. оценку одышки по шкале mMRC

Правильный ответ: АСТ тест

Для оценки контроля БА рекомендуется использовать вопросник по контролю над астмой (ACQ-5) и тест по контролю над астмой (АСТ)

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

5. Вопрос

Независимым фактором риска обострений БА у пациентки является

1. хронический гастрит

2. плохая приверженность к терапии

3.отягощенная наследственность

4. дисгормональные нарушения (преклимактерический период)

Правильный ответ: плохая приверженность к терапии

Обострение БА могут быть вызваны многими факторами риска, к независимым факторам риска обострений БА относят неадекватную терапию ИГКС (в том числе плохую приверженность к терапии)

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

3. Лечение

6. Вопрос

Пациентка может лечиться в

1. условиях дневного стационара поликлиники

2. амбулаторных условиях под наблюдением пульмонолога

3. терапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания

4. специализированном пульмонологическом отделении

Правильный ответ: амбулаторных условиях под наблюдением пульмонолога

Нетяжелые обострения, для которых характерно снижение ПСВ на 25-50%, ночные пробуждения из-за БА и повышенная потребность в КДБА, рекомендуется лечить в амбулаторных условиях

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

7. Вопрос

С целью купирования обострения бронхиальной астмы больной должно быть назначено

1. применение перорально эуфиллина (теофиллина)
2. внутривенное введение магния сульфата

3. ингаляционное использование бета2-агонистов быстрого действия

4. эндотрахеальное введение эпинефрина (адреналина)

Правильный ответ: ингаляционное использование бета2-агонистов быстрого действия

При легком и среднетяжелом обострении БА всем пациентам рекомендуется многократное применение ингаляционных КДБА или комбинаций КДБА и ипратропия бромиды.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

8. Вопрос

В связи с отсутствием длительного улучшения после начальной терапии бета2-агонистов быстрого действия для купирования обострения пациентке также необходимо назначение

1. системных глюкокортикостероидов

2. внутривенных метилксантинов
3. антигистаминных препаратов
4. ингаляционных муколитиков

Правильный ответ: системных глюкокортикостероидов

СГКС рекомендуется использовать для лечения всех обострений БА, кроме самых легких

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

9. Вопрос

Необходимая суточная доза системных ГКС (назначаемых внутрь), для купирования обострения (в мг), составляет

1. 15 – 20
2. 5 – 10
3. 20-25
4. 40 - 50

Правильный ответ: 40 - 50

Рекомендуется назначение преднизолона (или его эквивалента) в дозе 40-50 мг/сут 1 раз в сутки

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

10. Вопрос

Рекомендуемая длительность назначения системных глюкокортикостероидов (преднизолона) для купирования обострения составляет +_____+ дня/дней

1. 5-7

2. 15-20

3. 10-12

4. 2-3

Правильный ответ: 5-7

Рекомендуется назначение преднизолона (или его эквивалента) в дозе 40-50 мг/сут 1 раз в сутки сроком на 5-7 дней

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

11. Вопрос

В качестве базисной терапии пациентке необходимо назначить

1. ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе, теофиллин и антилейкотриеновые средства

2. фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2-агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора

3. ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета-адреномиметиком и длительно действующим антихолинэргическим средством (ДДБА/ДДАХ)

4. ингаляционный глюкокортикостероид в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)

Правильный ответ: фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2-агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора

У пациентов групп риска ИГКС/формотерол в качестве единого ингалятора значительно редуцирует обострения, улучшает приверженность к терапии

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

12. Вопрос

Оценка степени тяжести БА и уровня контроля после начала лечения должна быть проведена через

1. 3 недели

2. 1 месяц

3. 6 месяцев

4. 3 месяца

Правильный ответ: 3 месяца

Оценка контроля и выполнение спирометрии после назначения базисной терапии БА проводится через три месяца

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Бронхиальная астма. 2021 г.

(1)

Пульмонология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Пульмонология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

1.2. Жалобы

на

- * повышение температуры тела до 37,6°C,
- * интенсивный кашель со скудной желтоватой мокротой, сопровождающийся «свистящим» дыханием,
- * головную боль,
- * боли в мышцах, слабость.

1.3. Анамнез заболевания

- * Больна в течение 7 дней, в дебюте заболевания отмечались слабость, субфебрилитет, миалгии, боли в горле при глотании.
- * На 3 день заболевания присоединился кашель со скудной мокротой, эпизоды диспноэ, сопровождающиеся свистящими хрипами в грудной клетке.
- * Подобные симптомы отмечались у членов семьи (муж, дети).

1.4. Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работает уборщицей помещений.
- * Перенесённые заболевания: корь, скарлатина.
- * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.
- * Вредные привычки: курит с 20 лет (10 сигарет в день).

1.5. Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 37,2°C. Умеренная гиперемия зева. Нормостенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски, влажные. При осмотре грудной клетки значимой патологии не выявлено. При сравнительной перкуссии легких – лёгочный звук. При аускультации дыхание жёсткое, умеренное количество сухих базовых хрипов, в подлопаточных областях с обеих сторон умеренное количество влажных мелкопузырчатых хрипов, ЧДД – 20 в минуту. Пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД - 110/65 мм.рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

1. План обследования

1. Вопрос

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

1. определение суммарных антител (IgM, IgG) к *Treponema pallidum*

2. клинический анализ крови

3. определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека

4. коагулограмма

Правильный ответ: клинический анализ крови

Для постановки диагноза необходимо исследование клинического анализа крови для выявления признаков бактериальной инфекции (нейтрофильный лейкоцитоз $>10-12 \times 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг $>10\%$).

(1)

2. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

1. ультразвуковое исследование плевральных полостей

2. рентгенография органов грудной клетки

3. ультразвуковое исследование щитовидной железы

4. рентгенография придаточных пазух носа

5. бронхоскопия

6. пульсоксиметрия

Правильные ответы: рентгенография органов грудной клетки; пульсоксиметрия

Для постановки диагноза необходимо проведение рентгенографии органов грудной клетки для выявления инфильтрации лёгочной ткани как признака пневмонии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

Для постановки диагноза необходимо проведение пульсоксиметрии для выявления гипоксемии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

3. Вопрос

С учетом выявленных рентгенологических изменений целесообразно выполнить исследование для обнаружения + _____ + инфекции

1. стрептококковой

2. стафилококковой

3. энтеробактериальной

4. микоплазменной

Правильный ответ: микоплазменной

Для микоплазменной пневмонии характерно: мышечные и головные боли, симптомы поражения верхних дыхательных путей, малопродуктивный приступообразный кашель. На рентгенограмме легких в 50% случаев – интерстициальные изменения

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

2. Диагноз

4. Вопрос

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

1. Внебольничная пневмония в нижней доле левого и правого лёгкого нетяжёлого течения

2. Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония тяжёлого течения

3. Очаговая пневмония нижней доли левого и правого лёгкого нетяжёлого течения

4. Пневмония в нижней доле левого и правого лёгкого тяжёлого течения

Правильный ответ: Внебольничная пневмония в нижней доле левого и правого лёгкого нетяжёлого течения

Критериями диагноза являются:

- * острое начало заболевания с субфебрильной лихорадкой и интоксикацией,
- * кашель с гнойной мокротой,
- * влажные мелкопузырчатые хрипы в зонах инфильтрации,
- * нейтрофильный лейкоцитоз,
- * интерстициальный тип инфильтрации на рентгенограмме органов грудной клетки.

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

5. Вопрос

Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения следует использовать шкалу

1. SMART-COP
2. SCORE
3. GRACE

4. CRB-65

Правильный ответ: CRB-65

Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения следует использовать шкалу CRB-65

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

6. Вопрос

У данной пациентки по шкале CRB-65 + ____ + баллов

1. 1
2. 3
- 3. 0**
4. 2

Правильный ответ: 0

Нет нарушения сознания, нормальные ЧДД и АД, возраст менее 65 лет - это 0 баллов

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

3. Лечение

7. Вопрос

В качестве стартовой эмпирической терапии пациентке может быть назначен + _____ + внутрь

1. метронидазол

2. кларитромицин

3. ципрофлоксацин

4. доксициклин

Правильный ответ: кларитромицин

Показаниями для назначения кларитромицина в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии в амбулаторных условиях является:

- * отсутствие критериев тяжёлой пневмонии, сопутствующих заболеваний, антибактериальной терапии ≥ 2 дней в течение предыдущих 3 месяцев, факторов риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями,
- * наличие интерстициального типа инфильтрации, сходных клинических признаков у членов семьи, свидетельствующих в пользу инфицирования *Mycoplasma pneumoniae*

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

(2)

8. Вопрос

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах)

1. 6-10

2. 24-36

3. 12-18

4. 48-72

Правильный ответ: 48-72

Эффективность стартовой эмпирической антибактериальной терапии следует оценить через 48-72 часа после начала лечения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

9. Вопрос

Критерием достаточности антибактериальной терапии, помимо стойкого снижения температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч, отсутствия интоксикационного синдрома, гнойной мокроты и нормальной частоты дыхания, является снижение

1. СОЭ

2. СРБ

3. количества лейкоцитов

4. ферритина

Правильный ответ: количества лейкоцитов

Критериями достаточности АБТ (должны присутствовать все нижеперечисленные) являются: стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч; отсутствие интоксикационного синдрома; частота дыхания $<20/\text{мин}$ (у пациентов без хронической ДН); отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией); количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9/\text{л}$

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

10. Вопрос

Критерием достаточности антибактериальной терапии будет снижение количества лейкоцитов в крови менее

1. 10
2. 12
3. 15
4. 18

Правильный ответ: 10

Критериями достаточности АБТ (должны присутствовать все нижеперечисленные) являются: стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч; отсутствие интоксикационного синдрома; частота дыхания $<20/\text{мин}$ (у пациентов без хронической ДН); отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией); количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9/\text{л}$

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

4. Вариатив

11. Вопрос

Для микоплазменной пневмонии характерно(ы)

1. мышечные и головные боли
2. предшествующая герпетическая инфекция
3. острое начало, высокая лихорадка
4. неврологическая симптоматика

Правильный ответ: мышечные и головные боли

Для микоплазменной пневмонии характерны - мышечные и головные боли

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)

12. Вопрос

Основным методом диагностики микоплазменной пневмонии является

1. определение антигенурии
2. определение уровня антител в сыворотке крови
3. бактериологический анализ мокроты
4. ПЦР и ее модификации (ПЦР в реальном времени)

Правильный ответ: ПЦР и ее модификации (ПЦР в реальном времени)

Основной метод диагностики микоплазменной пневмонии - ПЦР и ее модификации, в частности ПЦР в реальном времени (ПЦР-РТ)

Клинические рекомендации Минздрава России. Внебольничная пневмония у взрослых, 2024 г.

(1)